FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE LA

EXPLORACION INTRA-RECTAL

TÉSIS INAUGURAL

QUE PRESENTA ANTE EL JURADO CALIFICADOR

LUIS G. MADRIZ

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina, ex-practicante del Hospital Juarez y de Policía.



MEXICO

IMPRENTA DE J. F. JENS, CALLE DE SAN JOSÉ EL REAL N. 22.

1884

Sr. Dr. Ricardo Egea
Presente

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE LA

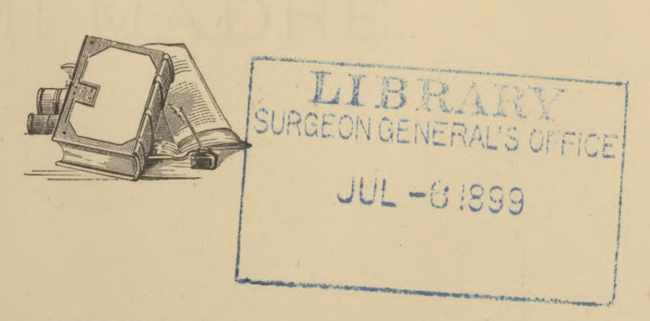
EXPLORACION INTRA-RECTAL

TÉSIS INAUGURAL

QUE PRESENTA ANTE EL JURADO CALIFICADOR

LUIS G. MADRIZ

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina, ex-practicante del Hospital Juarez y de Policía.



MEXICO

IMPRENTA DE J. F. JENS, CALLE DE SAN JOSÉ EL REAL N. 22.

1884

A LA MEMORIA

DE MI PADRE.

A MI MADRE.

AL SEÑOR LIC.

D. SILVESTRE MORENO CORA.

TRIBUTO DE GRATITUD.

DIGNESE ACEPTAR EL SABIO PROFESOR

Sr. Dr. RAFAEL LUCIO

UN TESTIMONIO DE ADMIRACION

del último de sus discípulos.

AL EMINENTE CIRUJANO

SEÑOR DOCTOR EDUARDO LICEAGA.

AL DISTINGUIDO CLÍNICO

SEÑOR DOCTOR ILDEFONSO VELASCO.

La porcion última del canal alimenticio, es el sitio de muchos padecimientos, al mismo tiempo que por su disposicion se presta muy poco á la observacion y los diversos procedimientos de exploracion usados, como el tacto rectal, la aplicacion del espejo, el rectoscopio, etc., son insuficientes y su empleo perfectamente definido se encuentra muy circunscrito. Todos estos medios son útiles en los límites de su aplicacion; pero la clínica se resiente de carecer de un método que sirva de apoyo á sus investigaciones. La introduccion de la mano al recto puede considerarse como complemento del tacto rectal y su empleo podrá ser de utilidad al cirujano, practicada con la prudencia que requiere, y quizá esta operacion, olvidada entre nosotros llegue á prestar grandes servicios cuando haya sido estudiada por prácticos competentes.

Pretendo estudiar este procedimiento exploratorio y al efecto he reunido los pocos datos que en mi pequeña práctica

me ha sido posible reunir y partiendo de los hechos que me ha proporcionado la lectura de autores cuya autoridad es indisputable me he atrevido á establecer algunas conclusiones que serán el fruto de este insignificante trabajo.

***

Curling, en su "Tratado de las enfermedades del recto y ano" se expresa en estos términos. "En ciertos casos cuando el esfinter está relajado, puede el cirujano, si tiene la mano pequeña, introducirla entera en el recto en forma de cono, bien engrasada y operando con mucha suavidad. Se puede explorar así la parte más elevada del recto; esta maniobra es más fácil en la mujer que en el hombre y en cualquier caso, se debe emplear con muchas precuaciones para evitar la ruptura del peritoneo."

El Dr. Allingham dice lo siguiente á propósito de la exploracion intra–rectal:

Es muy posible en las mujeres bajo la influencia del cloroformo introducir la mano en el recto despues de haber dilatado por la fuerza, pero progresivamente el esfinter. Lo he practicado varias ocasiones y he reconocido así un estrechamiento ó una enfermedad orgànica hasta la altura de la S iliaca. En un caso me convencí por este medio de que la obstruccion existia en el colon descendente y abrí esta parte del intestino en la region lombar; despues de esta operacion vivió el enfermo siete meses, relativamente sano. En otro caso tuve la fortuna de dilatar con el índice un estrechamiento situado en la S iliaca y mi enfermo se salvó. Me

parece inútil añadir que para esta maniobra se requiere mucha prudencia y que una mano pequeña es muy útil. El Dr. Heslop de Birmingham refiere dos casos de muerte despues de la introduccion de la mano en el recto y atribuye con razon á la operacion, la ruptura del intestino, cerca ó al nivel del estrechamiento. Mi opinion es, en este asunto, que el estrechamiento no debe ser dilatado por la fuerza y ámpliamente y que la dilatacion no debe ser seguida de lavativas abundantes que estienden fuera de tiempo la parte enferma del intestino y hacen peso sobre sus paredes; aun el empleo de un purgante, no debe tener su aplicacion sino despues de cuarenta y ocho horas y me parece prudente administrar con frecuencia, pequeñas dósis de opio; no me parece posible la introduccion de una mano de grandes dimensiones en el recto de un hombre, sin embargo de que en las "Transactions médico-chirurgicales" hay la observacion de un cuerpo extraño retirado de la cavidad rectal por la introduccion en ese intestino, de la mano de un hombre. Es probable que haya sido la mano de un niño.

El Dr. Georges Poinsot, traductor de la obra de Allingham hace notar que él ha visto á un cirujano introducir la mano en el recto de un viejo para desembarazarlo de un obstáculo formado por ollejos y granos de uva que se habian acumulado allí; que los profesores Simon de Heidelberg y Esmarch recomiendan este medio de exploracion en los adultos sin distincion de sexo y que Dandridge y Sabine lo han practicado en el hombre.

El mismo Poinsot copia la descripcion clásica que el Dr. Simon hace de su procedimiento operatorio y que literalmente dice lo siguiente:

Este método de exploracion intra–rectal que provoca por su atrevimiento el asombro de los cirujanos franceses, parece haber sido adoptado por los de Alemania é Inglaterra. Es recomendado por Heath, Leale, Esmarch y G. Simon de Heidelberg. Este último ha enumerado sus diferentes tiempos y hé aquí la descripcion que da:

Sometido el enfermo á la anestesia y colocado en la posicion de la talla ó en el decúbito dorsal con los miembros inferiores y la cabeza doblados sobre el tronco, para disminuir así la cavidad abdominal, el cirujano introduce lentamente la mano untada de grasa; hace penetrar dos dedos, despues otros dos y al fin el pulgar que va á producir por sus movimientos la dilatacion sucesiva del contorno cutaneo y del esfinter del ano. En general se toman las precauciones que toma el partero para introducir la mano en una vagina estrecha; la analogía es aun mayor, pues de la misma manera que el partero para vencer la resistencia de la vulva y prevenir desgarraduras, está autorizado para practicar sobre el contorno del orificio ligeras incisiones, el cirujano en el caso de que la contraccion del esfinter no permita la introduccion de la mano sin el empleo de gran fuerza, puede hacer pequeñas debridaciones al ano ó una seccion del perineo. A pesar de la distencion excesiva del orificio anal, la exploracion intra–rectal simple no determina jamàs la relajacion del esfinter; pero cuando ha sido necesaria una debridacion, generalmente sigue una incontinencia de 10 ó 12 dias."

Resulta de las investigaciones del mismo autor que la mayor circunferencia del recto se encuentra á $0^{m}06$ ó $0^{m}07$ centímetros sobre el ano y puede llegar á $0^{m}30$ centímetros. A

la parte superior del tercio medio, solo es de $0^{m}20$ ó $0^{m}25$ y más arriba disminuye hasta 18 ó 16; el punto más estrecho corresponde á la union del recto con la S iliaca y depende su poca dilatabilidad de la presencia del meso recto en esta region, produciéndose la desgarradura del intestino cuando la dilatacion es superior á $0^{m}15$ centímetros. El Dr. Weir concluye de sus observaciones que si la mano mide ménos de $0^{m}26$ en su parte más voluminosa, puede sin inconveniente penetrar hasta una altura de $0^{m}18$ ó $0^{m}20$.

Algunos cirujanos alemanes han ido más léjos y la proponen en muchos casos como medio de exploracion asegurando que es posible de esta manera palpar la cara anterior de los riñones, la inferior del hígado, etc., y probablemente á estas tentativas se deben los casos de muerte que citan Weir, Sands y Sabine; constantemente ha demostrado la autopsía, desgarraduras más ó ménos estensas de la pared intestinal.

*
* *

La posibilidad de la introduccion de la mano al recto, se encuentra pues establecida; prueba de esto es lo que antecede. Quise convencerme de su posibilidad y comencé mis primeras investigaciones sobre el cadáver en presencia de muchos de mis compañeros; mi modo de proceder fué el siguiente: colocado el cadáver hasta donde era posible, pues he tenido que luchar casi siempre con la rigidez cadavérica, en la posicion que recomienda Simon, introducia dos dedos, índice y mayor, convenientemente engrasados; despues ha-

cia penetrar el anular; llegando aquí comenzaba á sentir una resistencia considerable para la introduccion del meñique que al fin con algun esfuerzo hacia penetrar; por último el pulgar para su introduccion requeria muchos movimientos en diversos sentidos de los otros dedos. Una vez en esta posicion, hacia tomar á mi mano una forma cónica uniendo las yemas de los cinco dedos y comenzaba á ejecutar movimientos de rotacion al mismo tiempo que por un esfuerzo progresivo lograba hacer entrar la parte más voluminosa correspondiente á la línea de union del metacarpo con las falanges; la circunferencia de mi mano á este nivel, es de 24 centímetros. Por fin en la cavidad rectal extendia la mano con precaucion procurando hacerla elevarse á la mayor altura posible, deteniéndome en donde quiera que encontraba una resistencia é intentando vencerla siguiendo siempre la direccion de la cavidad y sin atreverme nunca á enderezar las curvaturas del intestino, sino al contrario procurando adaptar mi mano á sus diferentes desviaciones. Cuando me convencia de que era imposible penetrar más, suplicaba á alguno de mis compañeros que abriera la cavidad abdominal, hecho lo cual encontramos que habia alcanzado hasta el límite superior del recto y esto constantemente en las 10 ocasiones que lo practiqué; en la penúltima tuve la fortuna de llegar hasta la mitad de la S iliaca; pero el cadáver de la mujer en que se verificó, presentaba una amplitud enorme de la excavacion pelviana así como una facilidad notable del intestino para desalojarse.

Despues de esta operacion se procedia á la inspeccion minuciosa de la parte en que se habia ensayado el procedimiento y nunca se descubrió alteracion alguna producida

por la exploracion; quizá las condiciones orgánicas en que se encuentra el cuerpo despues de la muerte, no puedan revelarlas.

En estas circunstancias, el contorno cutáneo que circunscribe la cavidad anal es la parte que más resistencia opone á la maniobra y en el interior, la dificultad para adaptar la mano á las direcciones que sigue el tubo intestinal, pues de otra manera se corre el riesgo de desprender el intestino de sus inserciones; de esto se deduce que para llegar á palpar los riñones ó el hígado seria necesario hacer tomar á la última parte del canal alimenticio, una direccion rectilínea exponiendo con esto demasiado al enfermo. En la mujer es siempre la operacion ménos difícil que en el hombre, puesto que la excavacion pelviana es más ámplia y las partes blandas se prestan más á la distension.

De lo anterior deduzco: que la introduccion de la mano en el recto, sobre el cadáver, es posible.

***

Vamos ahora á considerar la cuestion de otra manera y á ver si es posible esta misma práctica en el vivo; los diversos inconvenientes que puede presentar y si su aplicacion puede ser de alguna utilidad en los diversos estados patológicos que son susceptibles de presentarse en la region de que se trata.

Como hemos visto, en lo general los autores ingleses y alemanes creen que es practicable y aun algunos la recomiendan. Entre los franceses muy pocos la aceptan y la ma-

yoría la desechan enteramente; como ejemplo se puede presentar la opinion del Dr. Tillaux quien la cree posible manifestando á la vez que por fortuna esa práctica no ha sido imitada en Francia.

Mi humilde opinion es, que el método á que me refiero ha sido muy poco estudiado y que si todavía no es bastante conocido, no tenemos derecho á desecharlo sin haber adquirido la firme conviccion de que no puede prestar servicios en la práctica, tanto más cuanto que está á nuestro alcance elucidar la verdad, pues no es como las cuestiones y teorías que se nos presentan en la clínica interna, sino que el sitio de su aplicacion, es accesible al tacto y por consecuencia se puede intentar, prudentemente sin ningun peligro para el doliente que viene á buscar en nosotros el alivio de sus sufrimientos.

Muchos hechos tienden á probar en la práctica diaria que el recto y ano son susceptibles de una dilatacion en ciertos casos enorme: voy á citar algunos casos. En las personas que padecen de constipacion obstinada suele suceder que sus evacuaciones de aspecto y consistencia enteramente sólidos, tomen una forma cilíndrica y que estos cilindros presenten en algunas ocasiones un diámetro increible que puede llegar á $0^{m}08$ y $0^{m}10$ centímetros, (scíbales, coprólitos).

La dilatacion forzada, operacion que con tanta frecuencia se practica, ya como operacion preparatoria ya como medio curativo radicalmente; por último en la série innumerable de cuerpos extraños introducidos con un objeto criminal, ya casualmente; nacidas en la cavidad rectal misma ó venidas de las partes superiores del canal intestinal. En la primera categoria tenemos muchos casos que se encuentran consig-

nados en el Diccionario de Jaccaud, tomo 30° y entre los que descuella un caso en que un cuerpo extraño requirió para su extirpacion una aplicacion de forceps, sin causar trastorno alguno apreciable; en la segunda tenemos la observacion clínica en que algunos casos han salido por el ano masas compactas y muy voluminosas de ascárides.

Con lo dicho anteriormente, creo que queda establecido que el ano es susceptible de dilatarse hasta el grado de dejar paso á la mano que intenta explorar su interior, y que este medio exploratorio no solamente no es temerario, sino que en la generalidad de los casos no deja consecuencia alguna funesta. Sentado esto, veamos si su aplicacion metódica puede proporcionar al cirujano algunas ventajas en las diversas circunstancias en que su empleo se juzgue útil; pero ántes voy á permitirme describir un caso de exploracion intra-rectal en el vivo; única ocasion en que la he practicado, juzgándola imposible y siendo el hecho que dió asunto á la presente tésis; el éxito absolutamente nulo de que fué seguida me sugirió las consideraciones que anteceden y las conclusiones que siguen. Me es muy sensible no tener más observaciones propias, pues el caso que voy á referir no puede, por el hecho de ser aislado, autorizarme para formular las reglas; pero vista la repugnancia que generalmente se tiene por esta operacion, así como la dificultad que hay para encontrar enfermos en las condiciones requeridas, espero se me disculpará.



El mes de Marzo de 1883 entró al "Hospital Juarez" una mujer como de 45 años, quien segun nos dijo la persona que

la condujo al hospital, hacía 23 dias que estaba enferma. El cuadro sintomático que presentaba era el siguiente: decúbito dorsal, color amarillento ictérico de la piel, semblante cadavérico, desencajado; indiferencia absoluta, insensibilidad completa á los agentes exteriores; pulso pequeño, irregular y que latía 45 ó 50 veces por minuto; temperatura siempre inferior á la normal, de 35,5 á 36,8; extremidades frias lo mismo que la nariz y lóbulo de las orejas; pupilas dilatadas y las órbitas rodeadas de un círculo oscuro en cuyo centro se veian los ojos hundidos; enflaquecimiento notable y haciendo un contraste notable con él, se notaba un abultamiento notable generalizado á todo el vientre; la respiracion era difícil y exclusivamente costal; orinas raras y que no presentaban nada notable; algunos movimientos carfológicos; hipo; las sienes y frente se notaban húmedas al tacto, por la presencia de algunas gotas de sudor que brotaban con frecuencia; en lo general, el conjunto presentaba el aspecto que produce el envenenamiento causado por la absorcion de los principios fecales por la vía intestinal. Por los antecedentes que se pudieron recoger y por el estado actual de la enferma, se estableció desde luego el diagnóstico: oclusion intestinal, cuyo sitio era el intestino grueso. El Sr. Dr. Maximiliano Galan á cuyo servicio se condujo á esta enferma, ordenó todo lo que lógicamente puede ordenar un médico sábio y experimentado.

En este estado de cosas, trascurrieron algunas horas. Al dia siguiente ocupaba el puesto de practicante de guardia el Sr. Rafael López, estudiante de 4º año de medicina por consecuencia, se encontraba bajo su inmediata responsabilidad la paciente. El que esto escribe, desempeñaba interinamen-

te la plaza de practicante Guarda-instrumentos. Desde el primer momento habiamos estudiado juntos á la enferma y resolvimos practicar la exploracion intra-rectal con el fin de intentar llegar al sitio de la obstruccion. Varios razonamientos nos animaron para ello. 1º El estado de la enferma no se escapa al ojo ménos observador; su muerte se espera de un momento á otro. 2º Por su gravedad se encuentra autorizado cualquier género de intervencion, puesto que en este caso se recomienda la enterotomía por el procedimiento de Nelaton, operacion altamente seria. 3º La muerte de esta enferma es infalible y por grandes trastornos que causen nuestras maniobras, hechas con la mayor precaucion posible, nunca llegará el caso de que ellas empeoren su estado. 4º y último, si afortunadamente alcanzamos el sitio de la obstruccion probablemente no será imposible desembarazarlo del obstáculo y en tal caso, tal vez demos lugar á una probabilidad de salvacion.—Entre los diversos medios que se habian empleado en su auxilio, fué uno de los primeros, la extraccion de las materias fecales que se encontraban en la última parte del intestino y al efecto se habian introducido uno y dos dedos en el recto para extirparlas, la aplicacion de lavativas y por último la irrigacion contínua por medio de un aparato adecuado; por estos medios se habia dilatado un tanto el orificio anal y como el estado tifoideo de la enferma lo indicaba, dilatacion de las pupilas, insensibilidad, etc., las reacciones vitales no se verificaban con exactitud, así es que el esfinter del ano no tenia gran tendencia á contraerse y no nos fué muy difícil la introduccion de los primeros cuatro dedos; despues de vencer la resistencia que ofrecia la piel, nos encontramos al fin con la mano entera en la cavidad rectal.

La cantidad de materias contenidas era enorme; por medio de movimientos practicados con los dedos en todos sentidos las fraccionábamos y eran extraidas; cuando se cansaba uno procedia el otro á introducir la suya y así con más ó ménos dificultades al cabo de tres cuartos de hora se habia extraido tal cantidad de heces, que parecia imposible que el recto solo pudiera contenerlas. Limpia ya esta parte del íntestino nuestros esfuerzos tuvieron por objeto hacer subir la mano á la mayor altura posible; el trayecto que teniamos que recorrer estaba ya tan amplio que la mano no tropezaba ya con ninguna dificultad. La ámpula rectal habia sufrido tal distension que la mano se podia estender en todos sentidos sin que sus paredes fueran un obstáculo; cuando sentiamos resistencia en el interior, haciamos penetrar más arriba, uno ó dos dedos que al retirarse siempre traian consigo alguna pequeña cantidad de excrementos. Por fin despues de muchas tentativas quedamos convencidos de que era imposible llegar á la altura del estrechamiento. El Sr. López alcanzó partes más elevadas del intestino, pues su mano ménos voluminosa lo mismo que su brazo ménos grueso que el mio, se prestaban á ello; aplicando la mano estendida sobre la pared abdominal, se sentia el contacto de las estremidades de los dedos de la mano que exploraba interiormente y este contacto se experimentaba algunas veces, sobre el ombligo. Tengo la conviccion de que si hubiera sido posible practicar esta maniobra, algunos dias ántes, la enferma se habria salvado, porque en mi concepto la causa del padecimiento estuvo en la cantidad de materias endurecidas contenidas en el intestino grueso, de manera que quitando la enorme columna inferior que sostenia las que ocupaban las partes su-

periores y agregando á esto la aplicacion de un purgante enérgico y de los otros medios que en este caso se usan cuando ese organismo se encontraba en condiciones de reaccionar y por consecuencia, cuando la masa intestinal fuera susceptible de contraerse, probablemente se habria logrado mucho en favor de aquella infeliz.

***

Sobrevivió esta enferma 60 horas: practicada la autopsía, se encontró el intestino grueso, desde el repliegue ileo-secal hasta la S iliaca, obstruido por materias cuya consistencia era mayor á medida que se discendia, sin haber ningun sitio que presentara torsion, invaginacion ni ninguna de las causas enumeradas generalmente como determinantes de una oclusion, bridas cicatriciales, etc.; se tomaba una parte de la porcion obstruiba y por medio de presiones moderadas se hacia descender materias más ó ménos reblandecidas por los líquidos intestinales ó por los medicamentos que se habian administrado. Este hecho vino á apoyar la suposicion que hago en el párrafo anterior. ¡Quién sabe cuántos casos se habrán presentado en la práctica semejantes á este! Con mucha delicadeza se hizo la inspeccion de los órganos en que se verificó la exploracion intra-rectal y en ninguno fué posible encontrar lesion alguna que pudiera atribuirse á las maniobras que requirió la operacion.

*
* *

El Sr. Dr. Ricardo Egea tuvo la bondad de darme á conocer su opinion con respecto á este asunto y me refirió un caso en que por medio de este procedimiento pudo diagnosticar un estrechamiento del recto, situado en su parte más elevada, así como su forma, situacion, dimensiones, etc.

*
* *

Voy á ocuparme de las aplicaciones de que es susceptible la exploracion intra–rectal. Para principiar, citaré lo que consta en el diccionario de Jaccoud, con respecto á este asunto. "El dedo solo, permitiendo sentir y reconocer todos los detalles de una neoplasia, es capaz de establecer un diagnóstico preciso. Por esta razon Amussat recomendaba al cirujano hacerse empujar el codo vigorosamente por un ayudante á fin de deprimir fuertemente el perineo é introducir el dedo lo más alto posible. Con el mismo objeto G. Simon de Heidelberg, mas audáz, preconiza la introduccion de toda la mano en la ámpula rectal y de 2 dedos en la extremidad superior del recto. Creemos que esta exploracion, por el solo hecho de ser la única que puede fijar el diagnóstico de una manera cierta, permite distinguir un tumor de una invaginacion, de un cuerpo extraño, etc. Para practicarla, el enfermo se someterá á la anestesia; se hará la dilatacion forzada del ano; se introducirán sucesivamente, dos, tres, cuatro dedos y por fin el pulgar con la suavidad posi-

ble; cuando toda la mano se encuentre en la ámpula rectal, el índice buscará la parte más elevada del recto que podrá explorar.

*
* *

Creo que el método de que se trata, puede prestar sus servicios en un reducido número de casos. No lo debemos desechar enteramente, ni al contrario, caer en la exageracion de que sea útil en todas circunstancias y ménos hacernos la ilusion de que por su medio sea posible explorar órganos colocados á cierta altura en la cavidad abdominal; su práctica en mi concepto, puede presentar utilidad real, en la escala de su aplicacion. Me es sensible no tener sobre esto más datos que los que nos pueda proporcionar la lectura de autores extranjeros; me siento vacilante al dar el primer paso en este camino, ante concurso tan respetable como el que me va á juzgar; pero me anima la idea de que al no haber otra, sea esta la primera indicacion para los que despues se dediquen á este estudio tan lleno de dificultades.

*
* *

1° En el diagnóstico y extraccion de cuerpos extraños, cuando todos los otros medios hallan fallado, se encuentra indicada la introduccion de la mano en el recto.

2º En el diagnóstico de la forma, estension, dimensiones y sitio de ciertos estrechamientos, es aplicable, de la misma

manera que algunas ocasiones podrá intentarse su tratamiento por la exploracion intra-rectal, cuando se pretenda emplear para ello la dilatacion gradual.

3º Cuando la oclusion intestinal reconozca por orígen el estancamiento de materias fecales en todo el intestino grueso.

4º En la apreciacion de los límites precisos á que se extiende un cáncer del recto.

5º En ciertos casos en que el diagnóstico fluctúe, ante la existencia de un tumor ó un cuerpo extraño.

CONCLUSIONES.

1ª La exploracion intra-rectal es posible en el cadáver.

2ª Lo es igualmente en el vivo.

3ª La exploracion intra-rectal es susceptible de utilizarse en la práctica.

4ª Puede servir como medio de exploracion y como medio curativo.

México, Mayo de 1884.